

P-025

アシネトバクターに汚染された吐水口の衛生管理

深谷赤十字病院 看護部

^{ねがし}根岸 ^{みえ}美恵

H22年8月、S状結腸癌で高位前方切除術を受けた術後5日目の患者が、突然の発熱から多臓器不全となり、生命の危機にさらされた。原因不明の急激な症状を呈したため、縫合不全を危惧し、再開腹をおこなった。再開腹の結果、縫合不全はなかった。数日後、血液培養からアシネトバクターが検出され、更に、末梢カテーテルの培養から同一の薬剤感受性を示すアシネトバクターが検出されたため、同菌による血流感染であった事が判明した。アシネトバクターは湿潤環境を好む菌であることから、病室内の洗面台を中心に環境培養を行った所、自動活栓の吐水口から同様の薬剤感受性を示すアシネトバクターが検出された。自動活栓自体の清掃は毎日実施されていたが、吐水口キャップや泡沫ネットの清掃は実施されていなかった。当初、月に1回、泡沫ネットとキャップを外して洗浄だけ行い取り付けた。そして、取り付け後と1ヵ月後の2回培養を行ったが、アシネトバクターは除菌できなかった。次に、洗浄に加えて、0.1%ベンザルコニウム塩化物液に30分浸漬消毒後に取り付けを実施した。培養は同様に、取り付け後と1ヵ月後の2回実施した。今回はアシネトバクターが検出されなかった。そこで、全病棟の泡沫ネットと吐水口のキャップの洗浄、消毒、交換を月に1回実施すると決め、清掃の専門業者に依頼し、アシネトバクターを除菌することができた。今年度から培養回数を年に2回とし、監視を継続している。近年では自動活栓の衛生面に疑問を呈する報告も散見されることから、今回の経験は器具に依存することなく「清潔に管理する」という原点に返り、感染対策を考えていく機会となった。

P-027

病理業務におけるリスクマネジメントと病理システムの今後の課題

長野赤十字病院 病理部

^{にしざわ}西澤 ^{まさのり}政則、渡辺 正秀、荻野 智由、望月 実、
花岡 浩明、佐藤 秀太、高比良幸子

【はじめに】平成22年より、当院病理部では、JR西日本の病理システム「Dr.ヘルパー」と富士通の電子カルテシステム「EGMAIN-GX」と連携、リスク防止対策を構築したので報告する。

【実際の運用】各診療科から病理オーダーを受信、会計情報や病理診断レポートを送信している。病理オーダーは、臨床所見・検査目的・部位・シェーマ等を、到着確認業務でバーコードの読み込みで、内容が表示され依頼内容確認を行う。その後、受付業務・切り出し業務・プレバートのラベル出力等を行い、次に診断業務となる。診断業務では、依頼書のバーコードを読むことで開始し、プレバートラベル、診断画面の番号確認を行う。また、各業務は工程管理機能により、進捗状況を把握することが可能となっているので、遅れや未報告が無いかチェックしている。組織・細胞診断は、自動的にSNOMEDコード・ICD-Oコードにコード化されるので、院内癌登録等のデータ活用に役立っている。特に、「到着確認と診断入力」でのリスク対策に重点を置いたシステム構築を行い、到着確認では依頼書のオーダーバーコードを読むことで簡易に検体との確認が可能となり、入力ミスや検体取り違い防止、診断登録時の診断文臓器と受付臓器との相違チェック機能等のアラートも出力され、病理診断レポートには確認ボタンを設け、臨床医が診断内容を確認した時点で押すことで、病理システムに確認状況が送られ、病理診断レポートの確認状況が把握でき、様々なリスク防止対策となっている。

【今後の課題】病理業務は手作業の部分がが多く、リスク管理をする必要があり、検体処理においては、切り出しカセット 薄切時のプレバートラベル出力 染色後の「検体照合」までの一連のバーコード管理を考えていく。

P-026

新生児室で発症した流行性角結膜炎の感染対策

岡山赤十字病院 医療安全推進室

^{おがわ}小川 ^{かづえ}一恵、田淵なおみ、岡崎 沙織、大石友里恵、
三澤みどり、植原 幸二、竹本 啓

流行性角結膜炎（EpidemicKeratoconjunctivitis：EKC）は、感染力が非常に強く、眼科領域において医療関連感染を引き起こす代表的な疾患である。

平成22年11月、A病院未熟児・新生児病棟において、入院中のベビーが流行性角結膜炎（以下EKC）を発症し、その後、他のベビーに伝播するという、病棟内での医療関連感染事例を経験した。EKCは点眼薬を介して伝播したと考えられ、院内感染対策チーム（Infection control team：ICT）が介入し、病棟関連医師、病棟スタッフと協議・検討し、EKCの感染拡大を防止するための感染対策を実施した。その後、EKCは更なる拡大をみることなく終息することができた。そして、この経験は、未熟児・新生児病棟の関連職員全員が、自部署の感染対策を見直す良い機会となり、現行の感染対策をスタッフが見直し、より強固なものに改定するなど、スタッフの感染対策に対する意識向上にもつながった。

そこでこの度、本事例の発生状況、並びに感染の拡大を防止するために実施した感染対策について報告したい。

P-028

医療機器における医療安全共同行動への対応

姫路赤十字病院 臨床工学技術課

^{みつ}三井 ^{ともしげ}友成、深井 秀幸、後藤 唯姫、堀田 雄介、
田淵 晃成

【1、はじめに】医療安全全国共同行動「いのちをまもるパートナーズ」（日本版100Kキャンペーン）が2008年5月より開始されている。この中で、有害事象を未然に防ぐ方法として、行動目標5に医療機器の安全な操作と管理について示されている。今回、我々は共同行動に参加し、輸液ポンプの対策として推奨されている機種の一についてチャレンジしたので報告する。

【2、方法】開始前の輸液ポンプの保有台数は177台、機種は4機種であった。そのうち機種統一のために更新が必要な台数は56台で1千万円の費用がかかることが分かった。安全性と購入年度から検討した結果、3年間で機種統一する計画を立てた。費用をかけずに安全性を確保するためには、まず使用部署での多種混在をなくすることが有効であると考え、機器の再配置を部署ごとに実施し、多種混在を無くしつつ機種統一することとした。

【3、結果】機種を再配置した結果、1年間で中央管理機器以外（手術室・ICU・NICU・救急外来）のすべての部署においてすることが出来た。残った中央管理分についても順次更新し、3年間で機種統一することが出来た。

【4、まとめ】病院内のすべての輸液ポンプを一度に機種統一するとは難しいが、機器の再配置により、部署ごとに機種統一すること、安全性を高め経済的にも負担を減らすことが出来るものと思われた。